Christian Boutet

SYNTHÈSE D'UNE CONSULTATION SUR LA NOTION DE SANTÉ MENTALE

Document de travail préparé pour le groupe de travail du comité de la santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale

(Été 1984)

Québec

© Gouvernement du Québec, 1985
ISBN 2-550-12222-4
Dépôt légal, 2e trimestre 1985
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

ANNEXE II

Christian Boutet

Synthèse d'une consultation sur la notion de santé mentale

Document de travail préparé pour le Groupe de travail du Comité de la santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale (Québec, été 1984)

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier Madame Ellen Corin, responsable du sous-comité sur la Notion de "Santé Mentale" pour ses précieuses indications concernant l'orientation du document, Monsieur Pierre Vendette, Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec pour son support moral et technique ainsi que Madame Colombe Barbeau pour la dactylographie du texte et des tableaux.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
Section 0: Identification	
- Tableaux synthèses	3
1- Corporations et Associations professionnelles	5
2- Réseau des Affaires sociales	6
A) Centres Hospitaliers	6
B) D.S.C.	9
C) C.L.S.C.	10
D) C.S.S.S.	11
E) Groupes multi-institutionnels	12
3- Sources gouvernementales	13
5- Ressources alternatives et groupes divers	14
7- Autres sources	15
11- Provenant des autres consultations	16
Section 1: Notion de santé mentale	
- Tableaux synthèses	17
1.1 Corporations et Associations professionnelles	20
1.2 Réseau des Affaires sociales	25
A) Centres Hospitaliers	25
C) C.L.S.C.	32
D) C.S.S.S.	34
E) Groupes multi-institutionnels	35

		Page
1.3	Sources gouvernementales	38
1.5	Ressources alternatives et groupes divers	41
1.7	Autres sources	43
1.11	Provenant des autres consultations	44
	Section 2: Facteurs importants influençant la santé mentale	
-	Tableau synthèse	45
2.1	Corporations et Associations professionnelles	46
2.2	Réseau des Affaires sociales	48
	A) Centres Hospitaliers	48
	C) C.L.S.C.	55
	D) C.S.S.S.	58
	E) Groupes multi-institutionnels	60
2.3	Sources gouvernementales	64
2.5	Ressources alternatives et groupes divers	65
	Section 3: Types d'action à favoriser pour promouvoir la santé mentale	
-	Tableau synthèse	67
3.1	Corporations et Associations professionnelles	68
3.2	Réseau des Affaires sociales	72
	A) Centres Hospitaliers	72
	C) C.L.S.C.	79
	D) C.S.S.S.	82
	E) Groupes multi-institutionnels	84
3.3	Sources gouvernementales	86
3.5	Ressources alternatives et groupes divers	89

Page

Section 4: Autres documents suggérés

4.2 Réseau des Affaires sociales 92

B) D.S.C. 92

4.3 Sources gouvernementales 93

Section 5: Autres informations

- Tableau synthèse 94

5.2 Réseau des Affaires sociales 95

A) Centres Hospitaliers 95

B) D.S.C. 97

E) Groupes multi-institutionnels 101

ANNEXE 1: Affiche employée pour la consultation 105

ANNEXE 2: Organismes contactés pour la consultation 106

INTRODUCTION

Le Comité de la santé mentale du Québec a reçu du ministre des Affaires sociales en juin 1982 une demande de réalisation de travaux, notamment sur la notion de "Santé Mentale". Pour ce faire, un sous-comité a été formé ayant pour tâche de préparer un avis sur le sujet. Afin de mieux remplir son mandat,ce groupe de travail a invité les personnes et les groupes désireux de participer à la réflexion qu'il conduit à porter à son attention toute information ou position pertinente. Ce document présente une synthèse de cette consultation.

Au mois de décembre 1983, le Comité de la santé mentale du Québec a envoyé à divers organismes et medias d'information une affiche exposant la problématique intéressant le groupe de travail (voir annexe 1 et 2). Quoique la date limite pour recevoir les communications était fixée au 1er mars 1984, nous avons accepté des envois jusqu'au 1er juin 1984. A partir de cette date, la totalité de l'information reçue a été résumée et est présentée ici à l'intérieur de 5 sections.

La section 0 identifie et compile les documents reçus. Un premier tableau comptabilise et condifie les documents selon leur provenance. Un deuxième tableau permet de savoir dans quelle section est résumé le contenu des documents. Le reste de la section est consacré à la description détaillée de la provenance de chaque document ainsi qu'à un bref aperçu du type de contenu.

La section 1 est consacrée à la notion de santé mentale. Un premier tableau indique quel document y fait spécifiquement mention et selon quel axe (biologique, psychologique ou social). Un deuxième tableau énumère l'idée maîtresse qui oriente la notion pour chaque document. Le reste de la section est consacré à une description la plus fidèle possible (intégrale lorsque courte) du concept de santé mentale pour chaque document).

La section 2 traite des facteurs importants influençant la santé mentale. Un tableau résume le contenu des documents selon les facteurs individuels (biologique et psychologique) et environnementaux

(physique et social), et note les facteurs cités comme étant le plus important. Il est suivi d'un résumé précis du contenu de chaque document sur ce sujet.

La section 3 concerne les types d'actions à favoriser pour promouvoir la santé mentale. Elle suit un plan identique à la section 2 sauf que les types d'actions contenus dans le tableau ont une division différente. La section 4 énumère les documents qui nous sont recommandés de lire et la section 5 contient une synthèse de l'information indirectement reliée au sujet dans 3 documents.

SECTION 0

IDENTIFICATION

TABLEAU 0.1: CODIFICATION ET COMPILATION DES DOCUMENTS RECUS D'APRES LEUR PROVENANCE

CODE	SOURCE	NOMBRE
100	1- CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES	3
	2- RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES	14
200A	A) Centres Hospitaliers (7)	
200B	B) D.S.C. (2)	
200C	C) C.L.S.C. (3)	
200D	D) C.S.S.S. (1)	
200E	E) Groupes multi-institutionnels (1)	
300	3- SOURCES GOUVERNEMENTALES	2
400	4- RESEAU SCOLAIRE	0
500	5- RESSOURCES ALTERNATIVES ET GROUPES DIVERS	2
600	6- CITOYENS	0
700	7- AUTRES SOURCES	1
	Sous total	22
1100	11- PROVENANT DES AUTRES CONSULTATIONS	1
	TOTAL	23

TABLEAU 0.2 CONTENU DES DOCUMENTS PAR SECTION

DOCUMENT	SECTION 1 NOTION	2 FACTEURS	3 ACTIONS	4 DOCUMENTS SUGGERES	5 AUTRES INFORMATIONS
101	x	x	x		
102	x		x		
103		x	x		
201A	x	x	x		
202A		x	x		
203A	x	x	x		x
204A		x	x		
205A					
206A		x	x		
207A	x	x	x		
201B				x	
202B					x
201C	x	x	x		
202C		x	x		
203C	x	x	x		
201D	x	x	x		
201E	x	x	x		x
301			x	x	
302	x	x	x		
501	x	x	x		
502		x	x		
701	x				
1101	x				

1- CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

DOCUMENT 101

A) Source: Lise Petitclerc
Présidente
La Corporation professionnelle
des ergothérapeutes du Québec

B) Coordonnées: 1500 boulevard de Maisonneuve est
Suite 400
Montréal
H2L 2B1
Tél.: (514) 527-9281

C) Type de contenu: Avis (4 pages)

DOCUMENT 102

A) Source: Michel Sabourin
Président
Corporation professionnelle des
psychologues du Québec

B) Coordonnées: 1575 ouest, boul. Henri-Bourassa
Suite 510
Montréal, (Québec)
H3M 3A9
Tél.: 337-3360

C) Type de contenu: Avis et commentaires, 18 pages,
(4 références)

Note: A voir de plus près

DOCUMENT 103

A) Source: Claire Garon, Secrétaire de la
Corporation des infirmières et
infirmiers auxiliaires du Québec

B) Coordonnées: 65, rue de Castelnau Ouest
Bureau 300
Montréal
H2R 2W3
Tél.: (514) 270-6225

C) Type de contenu: Commentaires rédigés grâce à la collaboration de Denise Martin, infirmière auxiliaire (2 pages)

2- RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

A) Centres Hospitaliers

DOCUMENT 201A

A) Source: Laval Laberge, Bernard Ouellet, Christiane Côté, Germain Ouellet et Réjean Simard
Les Psychologues du Centre Psychiatrique de Roberval

B) Coordonnées: 483, Avenue Bouchard
Roberval, (Québec)
G8H 1K2
Tél.: (418) 275-1360

C) Type de contenu: Réflexions (2 pages)

DOCUMENT 202A

A) Source: Lewis FitzPatrick
Directeur général du Sanatorium Ross

B) Coordonnées: C.P. 800
Gaspé
G0C 1R0
Tél.: (418) 368-2291

C) Type de contenu: Communication (2 pages)

DOCUMENT 203A

A) Source: Jean-Marie Leduc, psychiatre

B) Coordonnées:

Département de psychiatrie
Centre Hospitalier de Granby
279 Providence
Granby, (Québec)
J2G 4S7
Tél.: (514) 372-0961

C) Type de contenu: Communication (impressions)
(6 pages)

DOCUMENT 204A

A) Source: Les infirmiers(ères) et les infirmiers (ères) auxiliaires du Centre Psychiatrique de Roberval (du département d'admission)

B) Coordonnées:

483 Ave Bouchard
Roberval
G8H 1K2
Tél.: (418) 275-1360

C) Type de contenu: Réflexions (2 pages)

DOCUMENT 205A

A) Source: Jean-Yves Frappier, M.D., M.Sc.
Responsable de la section médecine de l'adolescence

B) Coordonnées:

Département de pédiatrie
Hôpital Sainte-Justine
3175 Côte Sainte-Catherine
Montréal, (Québec)
H3T 1C5
Tél.: (514) 731-4931

C) Type de contenu:

- Offre de rencontre au sous-comité
- Description des problèmes de santé mentale rencontrés, de l'équipe multidisciplinaire y travaillant et du rythme de travail effréné.
- (1 page)

DOCUMENT 206A

A) Source: Louise Larue
Coordonnatrice Projet-Nord

B) Coordonnées: Centre Hospitalier de l'Université Laval
2705, boulevard Laurier
Québec
G1V 4G2

C) Type de contenu: Document qui se veut un reflet aussi fidèle que possible de l'opinion des travailleurs sociaux de l'Hudson et de l'Ungava, ainsi que d'un psychiatre ayant effectué des tournées dans l'Ungava (région 10-A) (1 page)

DOCUMENT 207A

A) Source: Charles Dumont
Module du Nord Québécois

B) Coordonnées: 2100 rue Guy
Suite 204
Montréal, (Québec)
H3H 2M8
Tél.: (514) 933-6704

C) Type de contenu: Document ayant trait à la région 10-B (Cris du Québec) et comprenant:

- un texte du psychiatre autochtone Clare Brant (2 pages) "Native ethics and principles"

- une lettre de Maurice Dongier, m.d. de l'Université McGill concernant la psychiatrie dans la région 10-B (1 page)

- un document décrivant la région 10-B, les particularités comportementales des Cris, leurs problèmes de santé mentale, ce qui se fait actuellement et ce que l'on se propose de faire (4 pages)

B) D.S.C.

DOCUMENT 201B

A) Source: Chantal Perrault, responsable du programme santé mentale, au D.S.C. Maisonneuve-Rosemont et coordonnatrice du Comité régional de santé mentale communautaire (D.S.C.)

B) Coordonnées:
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Département de santé communautaire
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal, (Québec)
H1T 2M4
Tél.: (514) 255-3222

C) Type de contenu: Référence à un autre document

DOCUMENT 202B

A) Source: Jennifer O'Loughlin, attaché de recherche à l'Hôpital Général de Montréal

B) Coordonnées:

1597 Avenue des Pins Ouest
Montréal, (Québec)
H3G 1B3
Tél.: (514) 937-9231

C) Type de contenu:

- Rapport intitulé "Emotional Health in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health" (81 pages) (19 références)

- Produit par Jennifer O'Loughlin, pour le département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal en décembre 1982.

C) C.L.S.C.

DOCUMENT 201C

A) Source:

Jeannine Prud'homme
Directrice Secteur Châteauguay-Léry
C.L.S.C. Châteauguay

B) Coordonnées:

101 rue Lauzon
Châteauguay, (Québec)
J6K 1C7
Tél.: (514) 691-7410

C) Types de contenu:

- Réflexions préparées par des intervenants psycho-sociaux du C.L.S.C. Châteauguay en collaboration avec Claudine Laurin, responsable de la ressource alternative "La Maison sous les arbres" de Châteauguay (6 pages)

- Document de Claudine Laurin concernant "La Maison sous les arbres" et les ressources alternatives" (11 pages)

DOCUMENT 202C

A) Source: Isabelle Potvin, infirmière en périnatalité
C.L.S.C. des Grands Bois

B) Coordonnées: 32, 3e Avenue
C.P. 1300
Chapais, (Québec)
G0W 1H0
Tél.: (418) 745-2591

C) Type de contenu: Réflexions d'intervenants du C.L.S.C. des Grands Bois et de quelques parents de l'Association de parents de 0-5 ans de Chapais et Chibougamau

DOCUMENT 203C

A) Source: Jean-Philippe Vézina, coordonnateur
C.L.S.C. Seigneurie de Beauharnois

B) Coordonnées: 50, rue du Marché
Valleyfield, (Québec)
J6T 1P4
Tél.: (514) 371-0143

C) Type de contenu: Commentaires et impressions recueillis au cours d'une rencontre des intervenants du C.L.S.C.

D) C.S.S.S.

DOCUMENT 201D

A) Source: Réal Lacombe, m.d., directeur de la planification-programmation et de la santé communautaire, CRSSS-Abitibi-Témiscamingue

B) Coordonnées:

435 rue Gagné
Rouyn, (Québec)
J9X 3P8
Tél.: (819) 764-3264

C) Type de contenu:

Document intitulé "Document de réflexion et de discussion - Base théorique du modèle de psychiatrie communautaire en Abitibi-Témiscamingue" produit par la Commission administrative régionale des services en santé mentale du CRSSS-Abitibi-Témiscamingue.
(26 pages, 7 références)

Ce document a été soumis aux intervenants de la région du CRSSS-Abitibi-Témiscamingue pour consultation. Il a fait l'objet d'un large consensus à l'effet que ce modèle soit celui que l'on veuille privilégier en Abitibi-Témiscamingue (intervention communautaire). Une version revue et corrigée, de ce document, suite à cette consultation, verra le jour sous la forme d'un document final. Le CRSSS-Abitibi-Témiscamingue fera la promotion de ce plan d'organisation.

E) Groupes multi-institutionnels

DOCUMENT 201E

A) Source:

Diane Martel, responsable du dossier de la santé mentale et du Groupe de travail en santé mentale, Comité tripartite-région 03, D.S.C. du CHUL

B) Coordonnées:

2705, Boulevard Laurier
Québec, (Québec)
G1V 4G2
Tél.: (418) 656-8900

C) Type de contenu: 2 documents de travail

1- "Proposition pour un cadre de référence en santé mentale" par le Groupe de travail en santé mentale du Comité tripartite de la région 03, sept. 83. (10 pages) (5 références)

2- "Problématique de la santé mentale" de Diane Martel, D.S.C. du CHUL, mars 1982 (90 pages) (63 références)

Note: document 2 - à voir de plus près

3- SOURCES GOUVERNEMENTALES

DOCUMENT 301

A) Source: Marie Leclerc, Service de la Condition féminine
Cabinet du sous-ministre
Ministère des Affaires sociales

B) Coordonnées: Edifice Joffre, 3e étage
1075, Chemin Ste-Foy
Québec
G1S 2M1
Tél.: (418) 643-9187

C) Type de contenu:
- Références à des documents féministes pertinents (8)
- Recommandations (6)

DOCUMENT 302

A) Source:

Laurette Champigny-Robillard
Présidente
Office des personnes handicapées
du Québec

B) Coordonnées:

309, rue Brock
Drummondville, (Québec)
J2B 1C5
Tél.: (819) 477-7100

C) Type de contenu:

1- Document "A part ... égale" "L'intégration sociale des personnes handicapées un défi pour tous" une publication de l'Office des personnes handicapées du Québec, réalisée par la direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1er trimestre 1984. (350 pages, 57 références)

2- Ce document est accompagné par deux brochures synthétisant le contenu du document intégral.

Note: Ce document a été réalisé suite à un mandat du Conseil des ministres. L'élaboration s'en est faite à partir d'une large consultation des milieux concernés, ceux-ci dépassant largement par ailleurs les seuls secteurs de la santé et des services sociaux.

5- RESSOURCES ALTERNATIVES ET GROUPES DIVERS

DOCUMENT 501

A) Source:

Louise Pepin et Sylvaine Tremblay, membres du Groupe interdisciplinaire Freudien de recherche et d'intervention clinique (GIFRIC). (Ce texte nous a aussi été transmis par Serge Bernier du même groupe)

B) Coordonnées:

342 St-Cyrille Ouest
Québec, (Québec)
G1S 1R9
Tél.: (418) 687-4350

C) Type de contenu:

Document produit par un groupe de travail (Louise Pepin et Sylvaine Tremblay) du Gifric. (10 pages)

DOCUMENT 502

A) Source:

Micheline Côté
Présidente du Groupe Psycohésion

B) Coordonnées:

327 Mignonne
Valleyfield, (Québec)
J6S 1J7

C) Type de contenu:

Commentaires et suggestions du Groupe Psycohésion à titre d'association

7- AUTRES SOURCES

DOCUMENT 701

A) Source:

David Baskin, Ph.D., Associate Director
Soundview-Throgs Neck C.M.H.C. of the
Albert Einsteing College of Medicine

B) Coordonnées:

2527 Glebe Avenue
Bronx, New York
USA 10461

C) Type de contenu:

Article scientifique envoyé par l'auteur ayant pour titre "Cross-Cultural conceptions of Mental Illness" (14 pages, 5 références)

11- PROVENANT DES AUTRES CONSULTATIONS

DOCUMENT 1101

A) Source: Hubert Wallot
Centre Hospitalier Robert Giffard

B) Coordonnées: 2601, de la Canardière
Beauport, (Québec)
G1J 2G3

C) Type de contenu: Réflexions, (2 pages)

SECTION 1

NOTION DE SANTE MENTALE

TABLEAU 1.1 Orientation de la définition de la santé mentale selon les axes biologique, psychologique et sociale dans les documents

AXES \ CODE DES DOCUMENTS	101	102	201A	203A	207A	201C	203C	201D	201E	302	501	701	1101
1- BIOLOGIQUE	x		x				x		x	x			
2- PSYCHOLOGIQUE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
- Psychanalitique		x									x		
- Behavioral	x	x	x	x				x					
- Humaniste - existentiel		x			x		x		x				x
- Développemental		x						x					
3- SOCIALE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Familial					x								
- Interpersonnel											x		
- Contextuel (norme, socio-démographique)		x	x	x	x				x	x		x	x
- Economique					x					x			

TABLEAU 1.2 Orientation de la définition de la santé mentale selon l'idée maîtresse du document

CODE DES DOCUMENTS	CE QUI ORIENTE LA NOTION
101	- Indépendance fonctionnelle, adaptation
102 *	- Point synthèse du fonctionnement de la personne, intériorisation de l'environnement (présentation de différents concepts et modèles)
201A	- Harmonisation et équilibre entre les besoins de l'individu et son environnement bio-psycho-social
203A	- Capacité d'utilisation des ressources personnelles et sociales - Capacité d'adaptation et d'autonomie - Notion ouverte, évolution continuelle, processus dynamique
207A	- Distinction maladie mentale et santé sociale (problème existentiel) - Différences des normes culturelles
201C	- Autonomie, la santé mentale est différente de la maladie mentale
203C	- La santé physique et mentale sont indissociables - Savoir et capacités individuelles
201D	- Equilibre harmonieux individu-environnement
201E *	- Document 1: - Globalité, interaction et relativisme - Document 2: - Relativité et variabilité des normes et valeurs - Satisfaction des besoins selon les normes et valeurs
302	- Non opposition santé-maladie - Processus de maintien de l'intégrité physique, de l'équilibre psychique et du fonctionnement social

* Document à voir de plus près

CODE DES DOCUMENTS	CE QUI ORIENTE LA NOTION
501	- Différente de l'absence de difficultés ou de symptômes - Possibilité de négocier avec les autres sa place - Possibilité d'articuler sa spécificité à l'histoire sociale vécue
701	- Différence de l'interprétation de la maladie mentale entre les cultures (recherche)
1101	- Etat subjectif ressenti et état objectif observable

1.1 CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

DOCUMENT 101

Source: Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec

- La santé mentale est un facteur primordial dans la qualité de vie d'un individu.

- Cette qualité de vie s'évalue selon les valeurs suivantes:

  - indépendance fonctionnelle,

  - maintient des capacités physiques et perceptivo-motrices,

  - adaptation et indépendance optimales dans les activités humaines courantes; sociales, loisirs et professionnelles.

DOCUMENT 102

Source: Corporation professionnelle des psychologues du Québec

Note : Document à voir de plus près

L'examen de la notion de santé mentale est une tâche complexe confronté à un phénomène global. Etablir les critères de santé mentale comporte, un choix fondamental en ce qui a trait à la philosophie de la vie, à la conception qu'on se fait de la personnalité, de son changement et de sa psychopathologie. En bout de ligne, c'est un point synthèse du fonctionnement de la personne (intériorisation de l'environnement).

1- Définitions déjà existantes (modèle psycho-philosophique, Kineberg, Jahoda et Lagache)

A) Modèle psycho-philosophique (Kineberg, Jahoda et Lagache)

pôles principaux: 1) insertion de l'individu dans la réalité aussi bien interne qu'externe

2) considération de l'individu et du développement maximal de ses capacités personnelles en compatibilité avec ce que le milieu extérieur est susceptible d'admettre.

B) Identité entre la santé mentale et la plénitude de la vie (définition biologique de la vie)

La vie est une énergie organisatrice qui distribue entre les parties des rôles et fonctions pour constituer un ensemble. La vie se développe selon une direction constante, arrête son action aux limites de l'individu. Il y a une interaction vitale entre le champ individuel et extérieur.

DOCUMENT 102 (Suite)

C) Pour tenir compte du passage du domaine physique au domaine psychique, il devient nécessaire d'extrapoler plusieurs concepts en côtoyant les frontières de la métaphysique.

2- Nécessité d'un fondement théorique

Comment peut-on regrouper les multiples modèles sur les plans:

- de la continuité du développement de la personnalité,
- de leur application plus spécifique au changement de la personnalité.

A) Continuité du développement de la personnalité (Joshi, 1983)

1- Modèle horizontal: illustration du principe de développement successif des structures de la personnalité. (Ex.: théories cognitives et freudienne...)

2- Modèle vertical: illustration du principe d'actualisation du potentiel de personnalité (Alder, Allport, Bugental, Dabrowski, Frankl, Maslow, Rogers et Sévérin)

- Point commun central: la continuité du développement
- Point différent: 1- séquence précise
  2- actualisation progressive

B) Le changement dans la personnalité et la psychopathologie

- Même modèle: différence dans le concept du processus de changement.

1- Horizontal: réduit l'importance de la transformation de la personnalité. Sortir des comportements prescrits normaux constitue l'anormalité.

DOCUMENT 102 (Suite)

2- Vertical: importance particulière à la modification de la personnalité qui élargie l'éventail des comportements.

- La maladie mentale n'est pas nécessairement le modèle inversé de la santé mentale.

C) Différentes conceptions de la maladie mentale (Joshi, 1983; Garneau et Larivey, 1979)

1- Le modèle intra-psychique:

postulat d'une structure hypothétique au sein de l'individu. La première cause de pathologie est reliée aux forces internes de chacune des parties qui se développent inégalement.

2- Le modèle d'apprentissage social:
(modèle possible du MAS dans sa politique de santé mentale) (Allman, Krasner 1966)

ici ce n'est plus uniquement l'individu qui est pris en considération, mais tout l'organisme en fonction des stimulations qu'il reçoit de son environnement. (renforcements provenant de l'environnement)

3- Le modèle de la croissance personnelle: (Dabrowski)

définition de la personne dans sa réalité globale, rejet du déterminisme du développement humain et nécessité de recourir à la formation de structures intra-psychiques hypothétiques.

4- Le modèle de l'auto-développement et son concept psycho-philosophique de la personne (Garneau et Larivey, 1979)

DOCUMENT 102 (Suite)

Considération principale de l'axe réalité subjective et d'un axe réalité objective constitué par certains faits de la vie. L'attention est portée sur une façon de devenir ou de changer plutôt que sur une façon d'être statique ou sur l'acquisition de comportements adéquats.

3- Conclusion

La santé mentale est idéalement une notion ouverte aux possibilités infinies de croissance de la personne, mais il y a un besoin d'objectifs directs et immédiats dans l'optique d'une politique de services qui sont évalués.

N.B.: Des graphiques illustrant les concepts accompagnent l'avis.

1.2 RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

A) Centres Hospitaliers

DOCUMENT 201A

Source: Les psychologues du Centre Psychiatrique de Roberval

La santé mentale c'est une question d'harmonisation, d'équilibre entre les besoins de l'individu et son environnement biopsychosocial. C'est faire des choix, d'opérer ces choix en fonction des instruments mis à la disposition d'une personne. Elle est fonction du système de valeurs et des besoins de l'individu et de ceux de son entourage.

La santé mentale est beaucoup une question d'adaptation, d'équilibre dans la capacité de la personne de modifier ses modes de comportement en fonction du réel qui change.

DOCUMENT 203A

Source: Jean-Marie Leduc, psychiatre, Centre hospitalier de Granby

A notre point de vue, la santé mentale est très peu connue et on escamote le problème en attribuant à des professionnels de la maladie, l'épithète de professionnels de santé mentale. Il faut se rappeler par exemple que Mozart, avant d'être célèbre, était un enfant battu selon nos critères d'aujourd'hui. James Anthony a découvert des enfants "increvables" dans des foyers des plus malsains et dans des bas-fonds métropolitains (paradoxe). Il semble y avoir dans la résistance à la maladie mentale ce qu'on pourrait appeler l'intensité de la santé mentale, des facteurs innés, des facteurs de hazards et peut-être des facteurs prévisibles. Il n'existe présentement aucune étude trans-culturelle sur la santé mentale, à notre connaissance.

Nous aimerions essayer de définir la santé mentale mais en partant du contenu. Par analogie, nous devrions arriver à un concept de bien-être mental comme on parle de condition physique ou de capacité physique incluant tolérance au stress, résistance aux maladies, capacité d'effort maximum.

Les caractères de ce contenu seraient:

- capacité d'utilisation des ressources personnelles de l'esprit: mémoire, jugement, intelligence, affectivité, apprentissage;

- capacité d'utilisation de ressources sociales: école, société, famille, groupes sociaux, groupes de travail;

- capacité d'adaptation à différentes situations stressantes: guerre, maladie (et de se retrouver un certain équilibre de ses facultés);

- capacité d'intervention, d'exploration, de créativité et d'expérimentation;

DOCUMENT 203A (Suite)

- capacité critique: jugement, ouverture d'esprit, tolérance;
- capacité de jouissance de sa vie: plaisir à savourer;
- capacité d'échanges de biens et de valeurs avec un autre;
- capacité d'autonomie ou d'auto-détermination de son devenir.

Nous ne croyons pas que la santé puisse être définie de façon finale car cette qualité tient de l'invention continuelle de l'adaptation sans fin de tout vivant... Il nous semble qu'il y a à découvrir toute une technologie de la santé mentale. Il nous faudrait découvrir des INSTRUMENTS DE MESURE (INDICATEURS), DES FACTEURS, PUIS DES MOYENS.

DOCUMENT 207A

Source: Charles Dumont, module du Nord Québécois

POPULATION CRIS

A) Selon les professionnels de la santé travaillant avec cette population, une distinction doit être faite entre:

1- la maladie mentale au sens strict
ex.: schizophrénie, psychose maniaco-dépressive

2- la santé sociale (problèmes existentiels)

a) problèmes personnels: ex.: perte d'emploi
déménagement

b) problèmes familiaux: ex.: séparation

c) problèmes sociaux: ex.: chômage généralisé
mutations rapides dans une société

qui se manifeste par des problèmes tels: l'alcoolisme, les tentatives de suicide et le suicide, les femmes battues et la délinquance chez les adolescents...

On remarque une incidence peu élevée des maladies mentales chez les Cris, par contre depuis les dernières années on remarque une augmentation des problèmes existentiels.

DOCUMENT 207A (Suite)

Source: Charles Dumont, Module du Nord Québécois

POPULATION CRIS

B) Selon le psychiatre Clare Brant (psychiatre d'origine amérindienne) les autochtones obéissent aux normes traditionnelles comportementales suivantes:

NON-INTERFERENCE A high degree of respect for every human being's independence leads the Indian to view giving instructions, coercing, or even persuading another person to do something as undesirable behaviour. Group goals are achieved by reliance on voluntary cooperation.

ANGER Displays of anger could jeopardize the voluntary co-operation essential to the survival of closely-knit collectivities. Anger must, therefore, not be shown or, sometimes, even felt. Individuals practicing this ethic in a less than totally traditional setting risk becoming, as a result of repressed hostility, particularly vulnerable to depression following grief or loss.

TIME Like others living in close harmony with nature, the Indian has an intuitive, personal, flexible concept of time. The "right" or ripe time for a harvest, personal venture, or other activity is patiently awaited and carefully chosen. Although near total inactivity may precede the "right moment", extraordinary energy and tenacity accompany any task undertaken when the time is perceived as "right"..

SHARING Group survival is more important than personal prosperity. Consequently, individuals are expected to take no more than they need and to share freely.

DOCUMENT 207A (Suite)

Source: Charles Dumont, Module du Nord Québécois

EXCELLENCE Gratitude is very rarely shown or verbalized since Indian society routinely expects individuals to behave in a manner which many other societies would view as helpful and constructive enough to elicit gratitude. Because excellence is generally expected, praise is reserved for only the most exceptional of accomplishments, and individuals are reluctant to attempt anything they feel unable to do at a "normal", i.e. excellent level.

PROTOCOL Protocol subsumes notions such as manners, ceremony, and "savoir faire". Within highly structured Indian societies, it is eleborate and locally varied. The ethic of non-interference prevents protocol from being articulated. Breaches of protocol by outsiders can, however, be overlooked, especially if more fundamental and less can, however, be overlooked, especially if more fundamental and less arbitrary values such as sharing and non-interference are respected.

TEACHING AND LEARNING Instructions is based on modelling rather than shaping; one is shown how rather than told how. Practice and observation largely replace theoretical discussions or presentations. Learners keenly observe doers until the time is "right" and they feel able to take over and do a job correctly, i.e. excellently.

CONSERVATION-WITHDRAWAL Conservation of both psychic and physical resources is an adaptive reaction to stress. Dangerous or anxiety-producing situations lead to potentially bewildering withdrawal characterized by ever slower and quieter behaviour. After having defined, through careful observation, the parameters of a stressful context, Indians will reactivate themselves as soon as they feel ready to deal successfully with the source of stress.

DOCUMENT 207A (Suite)

Source: Charles Dumont, Module du Nord Québécois

DEMOCRACY The ethic of democracy, which underlies the ethic of non-interference, emphasizes the equality of all individuals, encourages economic homogeneity, decision-making by consensus, independence of mind, autonomy, and a high degree of personal privacy.

C) C.L.S.C.

DOCUMENT 201C

Source: Jeannine Prud'homme, directrice secteur Châteauguay-Léry, C.L.S.C. Châteauguay
Document de Claudine Laurin

1- promotion de la santé mentale

a) autonomie au plan personnel
b) autonomie au plan social
c) autonomie au plan occupationnel

2- la santé mentale différente de maladie mentale

en terme de prévention nous devrions sortir la santé mentale de la chasse gardée médicale afin d'en faire une affaire collective. Nous devrions démédicaliser le thème et le rendre accessible à la population.

DOCUMENT 203C

Source: Jean-Philippe Vézina, coordonnateur
C.L.S.C. Seigneurie de Beauharnois

NOTION AXEE SUR L'INDIVIDU

A) Biologique - bien manger et bien dormir
- la santé: santé physique et mentale (indissociable)

B) Psychologique
- savoir s'aérer les idées
- être bien dans sa peau
- savoir vivre ses contradictions
- connaître ses limites et accepter d'apprendre des autres
- capable de rire de ses faiblesses et de se reconnaître comme unique
- être dépourvu d'angoisse, d'obsession
- être capable de décider ce qui est bien pour moi
- accomplissement et développement personnels
- non-désordre mental
- capacité de régler ses problèmes et de vivre un déséquilibre temporaire pour enregistrer cette expérience de façon positive

C) Sociale
- besoin de communication
- aimer et être aimer
- être bien dans son milieu
- capacité de réagir sainement, avec lucidité aux situations autour de soi

D) C.S.S.S.

DOCUMENT 201D

Source: Réal Lacombe, m.d., directeur de la planification-programmation et de la santé communautaire, CRSSS-Abitibi-Témiscamingue

1- La santé mentale est un état de bien-être résultant d'un équilibre dynamique et harmonieux entre l'individu et son environnement.

2- C'est aussi l'aptitude de l'individu à faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir son équilibre dynamique après l'épreuve.

3- L'objectif de promotion de la santé mentale c'est l'épanouissement optimum de l'individu, compte tenu du cadre où il se trouve.

E) GROUPES MULTI-INSTITUTIONNELS

DOCUMENT 201E

Source: Diane Martel, DSC du CHUL

Document 1: "Proposition pour un cadre de référence en santé mentale"

A) Globalité: santé physique et santé mentale sont deux dimensions d'un seul et même concept: la santé. Ceci permet de penser la santé de façon à rétablir et interroger les relations entre le physique et le psychique.

B) Interaction: la santé est une émergence résultant d'un processus interactionnel. Processus impliquant l'ensemble des caractéristiques de l'individu (biologiques, psychologiques, sociales) et de l'environnement (physiques, sociales).

C) Relativisme: étant le résultat d'une interaction entre l'individu et l'environnement, la santé ne peut être définie d'une manière définitivement valable pour tous, car la conception de la santé varie de personne à personne, de milieu en milieu. Parlons "des santés" au lieu de "la santé".

Document 2: "Problématique de la santé mentale"

1- La nature même du concept de santé mentale est celui de la relativité. La santé ou maladie mentale se définissent toujours par rapport à certaines normes, ces normes variant elles-mêmes selon l'époque où l'on se situe ou l'organisation sociale donnée.

DOCUMENT 201E (Suite)

2- Il y a une variabilité du seuil de tolérance d'une société face à une "maladie mentale".

3- Ces 2 éléments (1 et 2) nous amène plutôt qu'à donner une définition précise de ces concepts à chercher des constituants ou des déterminants (concept de besoin).

A) Selon Maslow on distingue 2 ordres de besoins:

1- besoins physiques: manger, dormir, se vêtir, se loger, etc...

2- besoins psychologiques: aimer et être aimer, produire, créer, comprendre.

B) Selon Chombart Delauwe le besoin est de 2 ordres:

a) nécessité vitale: besoin de manger pour ne pas mourrir de faim, besoin de se vêtir et de se loger pour ne pas mourrir de froid

b) obligation sociale: normes culturelles, du repas, du logement, besoins médicaux

C) La combinaison de A) et B) permet:

1- de toujours situer un besoin par rapport à un milieu, une organisation sociale, une norme, ce qui fait ressortir le caractère relatif du besoin.

2- de retenir certains facteurs d'ordre "psychologique" qui nous aiderons à préciser ce que peut être la santé mentale.

DOCUMENT 201E (Suite)

Document 2: "Problématique de la santé mentale" (suite)

4- D'une façon générale une personne en "bonne santé" serait une personne qui pourrait satisfaire positivement tous ses besoins, autant physiques que psychologiques, conformément aux valeurs et normes en cours. Celle qui ne pourrait les satisfaire, développerait peu à peu une "maladie" quelconque, soit physique, soit psychologique ou une combinaison des deux (maladies psychosomatiques).

1.3 SOURCES GOUVERNEMENTALES

DOCUMENT 302

Source: Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Document: "A part ... égale"

Dans ce document, il n'y a pas de définition directe de la santé mentale. Par contre, on y définit les termes reliés suivants:

A) La qualité de vie: elle correspond à un ensemble d'éléments favorables ou défavorables à notre équilibre et à notre capacité de vivre en société. C'est une notion relative qui dépend de l'environnement physique, socio-économique, culturel et politique et, bien sûr, de la perception que chaque personne et la communauté ont de ce contexte de vie.

B) La santé: elle consiste pour une personne en la capacité de résister aux agressions. La santé et la maladie ne doivent pas être opposées, mais se situer dans une continuité liée à cette relative capacité de résistance pour chacun et à l'intensité des agressions. Sans avoir conscience de ce que signifie la santé, chaque personne est engagée dans ce processus de maintien de son intégrité physique, de son équilibre psychique et de son fonctionnement social, en fonction des agressions multiples auxquelles elle est confrontée. On peut aussi, sur un plan théorique, parler d'état de santé collectif d'une population.

C) La personne handicapée: (d'après la classification des déficiences, incapacités et handicaps de l'organisation mondiale de la santé)

   1- La déficience: une déficience est une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est le résultat d'un état pathologique objectif, observable, mesurable et pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

DOCUMENT 302 (Suite)

Catégories

1- déficiences intellectuelles
2- autres déficiences du psychisme
3- déficiences du langage et de la parole
4- déficiences auditives
5- déficiences visuelles
6- déficiences des autres organes
7- déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
8- déficiences esthétiques
9- autres déficiences fonctionnelles, sensorielles et multiples

2- L'incapacité: une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Catégories

1- incapacités concernant le comportement
2- incapacités concernant la communication
3- incapacités concernant les soins corporels
4- incapacités concernant la locomotion
5- incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
6- maladresse
7- incapacités révélées par certaines situations

3- Le handicap: un handicap est un désavantage social pour une personne résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux (liés à l'âge, au sexe, aux facteurs socio-culturels).

DOCUMENT 302 (Suite)

Plus qu'un simple instrument de communication, le langage illustre la façon dont on se représente mentalement une réalité. Il n'est donc pas étonnant que les mots employés pour parler des personnes handicapées aient fait l'objet d'une remise en question, parallèle à l'évolution de leur place dans la société. Les mots sont un outil qui peut transmettre une meilleure compréhension d'une réalité.

a) déficience: aspect individuel
b) incapacité: aspect fonctionnel
c) handicap: aspect social

1.5 RESSOURCES ALTERNATIVES ET GROUPES DIVERS

DOCUMENT 501

Source: Louise Pépin et Sylvaine Tremblay, membres du GIFRIC

1- Nous ne croyons pas qu'il soit possible de définir la santé mentale comme l'absence de difficulté ou de symptôme dans la vie d'un individu (modèle médical), ni comme un état de "bonheur" où il n'y aurait pas de problème et où la satisfaction de tous les besoins serait possible (modèle des psychologies humanistes). De même nous voyons mal comment la santé mentale pourrait se résumer à une simple exigence d'adaptation aux standards sociaux qui nie toute insertion subjective (modèle du "moi fort").

2- Nous définirions la santé mentale plutôt comme la possibilité pour l'individu de négocier avec les autres sa place et son désir ou encore comme la possibilité d'articuler sa spécificité à l'histoire sociale dans laquelle il vit.

   a) L'être humain ne peut vivre seul.

   b) Le lien avec les autres passe par la parole, ce qui permet une ascension à une culture qui assure à chacun sa place, son droit à la vie.

   c) Cette culture et ce droit à la vie imposent des limites à la satisfaction des besoins. (Chacun doit renoncer à une part de jouissance afin que la vie de tous soit possible). Cela crée un manque, une partie de la pulsion se trouvant entravée.

   d) Ce manque s'il ne trouve pas de place pour se dire, et ainsi se supporter du fait de son articulation symbolique, fera retour tôt ou tard sous la forme angoissante du symptôme (maladies du corps, angoisse, phobies).

DOCUMENT 501 (Suite)

e) Toute la question est de savoir comment parler de ce manque, quoi en dire, comment la métaphoriser, le transformer en création, travail, relations avec les autres.

f) Cette transformation n'apporte pas non plus de satisfaction totale, mais permet de supporter le manque en ouvrant des espaces inconnus jusque là dans les formes multiples et variées de la culture.

g) Négocier son désir, c'est-à-dire ce qui manque, suppose donc la possibilité pour le sujet d'un rapport à l'autre basé sur le respect mutuel et la crédibilité.

h) L'idéal social est nécessaire puisqu'il indique à l'individu les limites qu'il doit respecter pour demeurer dans la société humaine.

1.7 AUTRES SOURCES

DOCUMENT 701

SOURCE: David Baskin, Ph.D., Associate Director Soundview-Trogs Neck C.M.H.C. of the Albert Einstein Collège of Medicine

1- Type: Etude épidémiologique de la maladie mentale à travers différentes cultures.

2- Postulat: Le traitement de la maladie mentale est relié à la perception de la maladie mentale dans une culture donnée et cette perception est clairement affectée par les normes sociétales.

3- Hypothèse: Il y a une différence de diagnostique entre les professionnels de la santé mentale dans des cultures et pays différents.

4- Méthode: Des professionnels en santé mentale de 20 pays ont rempli un questionnaire comprenant 5 cas hypothétiques. Ils leurs étaient demandés si les cas pouvaient être diagnostiqués comme maladie mentale et si oui, quel serait leurs diagnostiques.

5- Résultats: Il y a une large variation entre les pays dans la détermination de la maladie mentale et dans l'application d'un diagnostique donné. C'est aussi vrai à l'intérieur de chaque pays.

6- Discussion: Il est clair qu'il y a une large variation dans la nosologie et la nomenclature entre les pays, ce qui rend les comparaisons difficiles. Il y a une nécessité d'avoir une nosologie standard pour pouvoir effectuer une comparaison de la psychopathologie entre les pays. D'autres études sont nécessaires.

1.11 PROVENANT DES AUTRES CONSULTATIONS

DOCUMENT 1101

Source: Hubert Wallot, Centre Hospitalier Robert Giffard

1- La notion de santé mentale est floue.

2- Selon l'O.M.S.: La santé mentale est "un état de bien être.... psychologique"

3- Question: a) s'agit-il d'un état subjectif ressenti? ("être bien dans sa peau")

b) s'agit-il d'un état objectif? ("être capable de remplir adéquatement certains rôles sociaux")

4- Réflexions: Les deux sont nécessaires, mais le malaise est que les éléments subjectifs sont plus facilement colorables par un contexte socio-culturel qui ne transparaît pas toujours dans l'accomplissement des rôles sociaux socialement reconnus. Ces derniers offrent donc l'avantage d'être plus facilement mesurables mais aussi plus "politisables" au sens large.

SECTION 2

FACTEURS IMPORTANTS INFLUENCANT

LA SANTE MENTALE

TABLEAU 2.1 FACTEURS IMPORTANTS INFLUENCANT LA SANTE MENTALE PAR DOCUMENT
(Les chiffrent indiquent l'importance donnée dans le document)

FACTEURS \ CODE DES DOCUMENTS	101	103	201A	202A	203A	204A	206A	207A	201C	202C	203C	201D	201E	302	501	502
A) INDIVIDUELS																
1- BIOLOGIQUE	1		1	1	x				x	x		x	x	x	x	
- Fonctionnel	x		x	x												
- Génétique	x			x					x							
2- PSYCHOLOGIQUE	x	x	x			x	x			x	x	x	x	x	x	x
- Satisfaire des besoins											x		1			1
- Potentiel (adaptation, autonomie)						x						x	x	1		
- Estime de soi							x					x				
- Identification							x									
- Isolement						x					x		x			
- Stress	x	x										x	x			
B) ENVIRONNEMENTAUX																
1- PHYSIQUE					x		x						x	x		
2- SOCIAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	x	x	x	
- Familial	x			x	x	1			x	x			x		1	
- Institution (scolaire, support)					x			x		x		x	x			
- Economique	x	1			x	x			x	x	x		x			
- Politique					x											
- Valeurs, normes	x			x	x			x		x			x			
- Changement de culture, milieu		x					1	1								
- Communication					x			x		x						

NOTE: Document à voir de plus près (201D, 201E)

2.1 CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

DOCUMENT 101

Source: Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec

1- Individuel: bouleversements multiples causés par un handicap ou incapacité quel qu'il soit.

2- Sociologique: valeur d'après guerre portant sur un besoin de richesse, de consommation et d'esthétique, gage de la réussite.

3- Economique:
- chômage relativement élevé dans toutes les classes sociales. Insécurité financière,
- des hommes et des femmes d'âge mûr ayant des responsabilités familiales sont contraints de prendre une retraite prématurée ou sont assujettis au chômage,
- l'espérance de réussite personnelle et professionnelle chez les moins de trente ans est restreinte peu importe la scolarisation,
- stress relié à l'emploi: - pression accrue quant à la productivité - menace de la perte de son emploi.

4- Familial:
- rejet des valeurs telles la famille et la religion et recherche de nouvelles,
- valorisation de cellules familiales, "mono-ou pluri-parentales" issu de l'instabilité du couple,
- émergence des garderies, répondant à un besoin et définissant un nouveau partage des responsabilités et un nouveau rôle des parents,
- remplacement du rôle de la famille, vis-à-vis le nombre croissant de personnes âgées, par des services.

DOCUMENT 103

Source: Corporation des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

1- Nous croyons que les conditions socio-économiques sont les facteurs prédominants en maintien de santé mentale.

2- Exemple: crise économique des années 80, population de Sept-Iles

a) La recrudescence des maladies mentales y est particulièrement palpable et reliée aux difficultés de maintenir ou de trouver un emploi.

b) Il en découle:
- des pressions, stress sociaux, perte de "standing"
- déracinement de son milieu (recherche d'emploi dans un autre endroit)
- découragement, situation d'attente
- atmosphère d'impuissance et de résignation

2.2 RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

A) Centres Hospitaliers

DOCUMENT 201A

Source: Les psychologues du Centre Psychiatrique de Roberval

1- L'aspect biologique: une santé physique, voir à bien manger, bien dormir influencent au départ une santé mentale.

2- L'aspect psychologique: le sens de sécurité minimale, affective, des attitudes parentales adéquates pour éviter le plus possible des traumatismes précoces.

3- L'aspect social: en ce sens qu'un environnement sain et adéquat est essentiel pour l'épanouissement de la personne. Ainsi, si une personne vit dans un milieu très perturbé, cela peut avoir une influence directe sur sa santé mentale.

DOCUMENT 202A

Source: Directeur général, Sanatorium Ross (Gaspé)

1- Ce qui conditionne la santé mentale c'est avant tout une bonne condition physique, comme le dit le proverbe: "un esprit sain dans un corps sain".

2- Le milieu familial et sa qualité de vie.

3- Le facteur génétique qui est imprévisible, influence la santé mentale.

4- Notre monde contemporain avec ses exigences et structures sociales (écoles et systèmes compétitifs, assurance-chômage) favorisent très souvent le déclenchement psycho-pathologique.

5- L'éducation à une prise en charge personnelle (autonomie) est un des facteurs de bonne santé mentale.

DOCUMENT 203A

Source: Jean-Marie Leduc, psychiatre, Centre hospitalier de Granby

1- Facteurs intérieurs:

- santé physique
- pédagogie familiale
- pédagogie scolaire
- compétence parentale (sensibilité au besoin, réponses adéquates)
- orientation professionnelle

2- Facteurs extérieurs:

- politique sociale vis-à-vis de l'enfant
  connaissances des besoins: architecture, espace, stabilité.
  Une voix pour les exprimer. Une présence au niveau des organismes sociaux.
- Législation familiale relativement à la paternité, à la maternité, à la famille, au divorce, à l'avortement etc.
- Conditions économiques (besoins primaires), partage des richesses, des tâches, du travail, des loisirs, des conditions de travail.
- Mass médias - voie de communication de masses.
- Religion et exigences morales.
- Accessibilité à la culture.

DOCUMENT 204A

Source: Les infirmiers(ères) et les infirmiers(ères) auxiliaires du Centre Psychiatrique de Roberval (du département d'admission)

- En milieu rural et semi-rural, facteurs influençant l'hospitalisation en psychiatrie.

1- Le milieu familial (facteur dominant)

- très perturbé
- enfance très difficile
- vie dans un endroit isolé

2- Problèmes économiques

- dévalorisation dans la vie de tous les jours dû à une situation de chômage ou d'aide sociale

3- Facteurs individuels

- problèmes de communication: - tendance à s'isoler
  - peur d'établir des contacts
- recherche dans la boisson, la drogue ou la religion des solutions aux problèmes existentiels ayant comme résultat l'aggravation des problèmes
- fragilité: - facilement exploitée par l'entourage
  - peu de moyen de se défendre efficacement
  - ou moyens trop radicaux pour résoudre leurs problèmes

ce qui amène des difficultés à trouver des solutions réalistes et adaptées.

DOCUMENT 206A

Source: Louise Larue, coordonnatrice Projet-Nord (région 10-A)

POPULATION INUIT

1- La difficulté qu'ont les jeunes à s'identifier à la génération qui les précède.

2- L'aliénation

3- Les problèmes de logement (manque)

4- L'oisivité

5- Manque de perspective d'avenir

DOCUMENT 207A

Source: Charles Dumont, module du Nord Québécois

POPULATION CRIS

1- Changement de la culture traditionnelle des Cris à la culture Nord-Américaine (surtout depuis les 10 dernières années)

a) Passage d'une économie rurale de subsistance à une économie urbaine Nord-Américaine très dépendante de facteurs que les Cris ne peuvent contrôler.

- sédentarisation croissante (poste de traite)

- les emplois rémunérés ont augmenté la dépendance de plusieurs familles envers ce mode de subsistance

b) La scolarisation des jeunes Cris a amené l'acquisition de compétences utiles dans un contexte urbain plutôt que traditionnel.

c) Arrivée des moyens modernes de communication

- construction de route et amélioration du transport aérien

- installation du téléphone

- la venue de la radio et de la télévision ont inondé les sociétés Cris de thèmes qui leurs étaient étrangers et ont valorisé des modes de comportement qui leurs étaient inconnus.

DOCUMENT 207A (Suite)

2- Les facteurs de santé mentale des Cris sont encore dépendant des normes traditionnelles de comportement.

C) C.L.S.C.

DOCUMENT 201C

Source: Jeannine Prud'homme, directrice secteur Châteauguay-Léry, C.L.S.C. Châteauguay

1- milieu socio-économique

2- famille: valeurs/éducation

3- l'origine: nation

DOCUMENT 202C

Source: Isabelle Potvin, infirmière en périnatalité
C.L.S.C. des Grands Bois

1- Le milieu familial, le milieu de vie, l'école, les amis

2- Les média (T.V., Radio...)

3- La santé physique

4- Le travail ou l'absence de travail

5- Les loisirs

6- L'âge

7- Les expériences de vie

8- La culture

9- Le niveau de vie

DOCUMENT 203C

Source: Jean-Philippe Vézina, coordonnateur
C.L.S.C. Seigneurie de Beauharnois

1- Les conditions de vie

2- Les conditions de travail

3- La communication avec autrui

D) C.S.S.S.

DOCUMENT 201D

Source: Réal Lacombe, m.d., directeur de la planification-programmation et de la santé communautaire, CRSSS-Abitibi-Témiscamingue

Le principe de causalité multiple du symptôme considère l'interaction personne-environnement comme facteur important, voir primordial dans le développement ou non d'un état de santé de qualité. (approche préventive)

1- Facteurs organiques: ceux-ci influencent directement la qualité de la réaction d'un individu à des agents stressants environnementaux.

2- Le stress: les agents stressants, au sein de l'environnement, sont légion et représentent chacun à un degré variable une menace à la santé mentale de l'individu.

3- Le potentiel d'adaptation: dépend en grande partie du pouvoir qu'un individu a de modifier son environnement.

4- L'estime de soi: le degré d'estime de soi apparaît comme l'un des paramètres les plus constants de l'état de santé mentale d'un individu.

5- Le tissu communautaire: il est constitué, entre autres, des groupes de défense ou porte-parole des chômeurs, des minorités visibles ou invisibles, des femmes, des groupes de citoyens et de loisirs, des associations de personnes âgées, des regroupements de familles monoparentales, des organismes socio-culturels tels les centres éducatifs, les média d'information communautaires.

DOCUMENT 201D (Suite)

De par leur capacité à supporter l'individu, leur capacité de fournir à l'individu une meilleure estime de soi et un meilleur potentiel d'adaptation et enfin de par leur capacité de provoquer au sein de la communauté une réflexion politique, plusieurs considèrent que le meilleur indice de santé mentale d'une communauté est la présence de ces ressources (tissu communautaire) et non l'absence de symptômes.

E) GROUPES MULTI-INSTITUTIONNELS

DOCUMENT 201E

Source: Diane Martel, DSC du CHUL

Document 1: "Proposition pour un cadre de référence en santé mentale"

1- Facteur de risque: (exemples)

a) isolement social
b) chômage
c) travail aliénant
d) travail non conforme à ses goûts et préparation
e) absence de loisirs
f) sentiment d'impuissance, d'incompréhension face à l'environnement

2- Caractéristiques:

a) de l'individu - biologique
- psychologique
- social

b) de l'environnement - physique
- social

Document 2: "Problématique de la santé mentale"

1- La satisfaction des besoins psychologiques:

a) le besoin d'aimer et d'être aimé (le plus important)
- fondamentalement contraire à l'isolement social

DOCUMENT 201E (Suite)

b) le besoin de produire: (créativité et monde du travail)
- travail sain

1- être conforme aux goûts et aptitudes
2- déboucher sur un produit qui unit travailleur et son oeuvre
3- avoir une utilité sociale
4- permettre l'échange et la communication

c) le besoin de comprendre: (d'intelliger autant son monde intérieur individuel, que la société, le monde extérieur qui l'entoure)

d) le besoin de contrôle, maîtrise de ce qui nous entoure (choix d'utiliser la force ou la compréhension, l'intelligence)

2- La société dans laquelle nous vivons: l'obligation ou le besoin social

a) caractéristiques générales:

1- Société urbanisée:
- chacun vit de façon isolée
- environnement peu salubre
- rythme et cadence accélérés

2- L'industrialisation et la consommation:

- plus important "d'avoir" beaucoup de biens que "d'être" bien
- le besoin de rentabilité demeure encore souvent l'exclusif guide de fonctionnement
- crédit à la consommation provoque un stress financier et une perte de liberté
- lien étroit entre consommation, industrialisation et possibilités d'emploi

DOCUMENT 201E (Suite)

Document 2: "Problématique de la santé mentale" (suite)

3- La dénaturation:

- offre de produits qui veulent répondre à tous nos besoins (diminution de l'effort physique, mauvaise alimentation et capacité de résistance amoindrie)
- mode de vie n'accorde pas le temps physique et mental pour vivre une sexualité satisfaisante, en plus des entraves des tabous et rôles appris.

4- Les valeurs et institutions:

a) stables: libéralisme, l'individualisme et la compétition

b) profonds changements:
- la famille
- l'école
- l'église
- le travail

c) la société québécoise:

- profondeur et rapidité de ses changements
- urbanisation et industrialisation
- augmentation de l'espérance de vie pour les 2 sexes
- baisse alarmante de la fécondité
- augmentation des divorces
- entrée massive de la Québécoise sur le marché du travail
- recherche de notre identité nationale
- non engagement politique des jeunes

DOCUMENT 201E (Suite)

Document 2: "Problématique de la santé mentale" (suite)

d) la crise actuelle:

- récession économique
- chômage
- haut taux d'intérêt
- course aux armements
- menace d'une guerre
- ignorance de l'étendue et des répercussions de la présente crise
- etc.

Tout ceci n'est qu'une vue à vol d'oiseau de certaines caractéristiques de la société et de ce que cela peut signifier en terme de milieu de vie, "d'obligation sociale", de normes et de valeurs en vigueur.

Malheureusement, force nous est de constater que la réponse fournie par la société aux besoins de la personne est en général fort inadéquate (voir texte section 3). Souvent cette insatisfaction entraînera chez les personnes des "troubles, épisodes et maladies mentales". Comme l'obligation sociale, c'est-à-dire toutes les normes culturelles et sociales caractérisant un milieu et des conditions de vie, ne répondent pas à ses besoins, la personne cherchera à l'extérieur de ces normes, des réponses, des satisfactions. Rapidement, elle se verra alors qualifié de marginale, "d'anormale", etc. et de là à la folie ... le pas est vite franchi...

2.3 SOURCES GOUVERNEMENTALES

DOCUMENT 302

Source: Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec

Document: "A part ... égale"

La qualité de vie et le fait que chaque personne a une résistance et une vulnérabilité différentes (santé) font qu'un ensemble de facteurs chimiques, biologiques, sociaux et psychologiques peuvent agresser l'organisme, causer une maladie ou un traumatisme.

A) En général l'agression n'entraîne pas ou peu de conséquences pour la personne. Mais son intensité et l'interaction de différents facteurs influencent et augmentent les chances d'apparition d'une déficience.

B) Parfois, des complications, un traumatisme aigu, un environnement pathogène, des caractéristiques organiques ou le mode de développement et d'adaptation de la personne entraîne une déficience temporaire, à court terme, qu'une intervention précoce peut corriger.

C) Enfin, dans des cas beaucoup plus rares mais qui concernent environ 7% de la population québécoise, un ensemble de causes provoque chez une personne une déficience physique ou mentale significative et persistante. Ces causes sont les facteurs de risques d'apparition des déficiences.

2.5 RESSOURCES ALTERNATIVES ET GROUPES DIVERS

DOCUMENT 501

Source: Louise Pépin et Sylvaine Tremblay, Membres du Gifric

Parmi les facteurs qui influencent la santé mentale nous avons choisi de parler ici de l'insertion d'un être dans la vie sociale et familiale. Ceci ne signifie pas que nous considérons comme négligeables des facteurs comme l'environnement physique et écologique, les questions de chômage, stress au travail, statut socio-économique, conditions de grossesse, violence sociale etc... Cependant, notre travail clinique et nos recherches dans ce domaine nous amènent à penser que les enjeux présents dans les structures familiales sont des déterminants fondamentaux de la santé mentale.

A) La santé mentale d'un jeune être dépendra du milieu de vie qui l'accueille. L'enfant doit avoir un espace de vie en dehors de la haine qui surgit lorsque chacun s'en tient à ses intérêts personnels.

B) C'est à travers le discours des parents que l'enfant rencontre la règle culturelle, la loi. Il ne devrait pas rencontrer un idéal qui viendrait combler le manque des parents, leurs espoirs déçus. Dans ce cas, il y aura difficulté pour l'enfant parce qu'il subit une forme d'agression dans son être.

C) Si les parents n'ont pas les paroles avec lesquelles l'enfant peut oublier cette souffrance inhérente à la vie avec d'autres, si nul n'a ces paroles, l'être ne peut exister: c'est le problème du psychotique.

Il nous apparaît donc primordial du point de vue de la santé mentale que la structure familiale laisse place à l'avènement du sujet; l'enfant pris comme objet de satisfaction fera tôt ou tard face à des difficultés. Si la santé mentale est la possibilité de négocier avec les autres, l'accès au symbolique et à la parole est déterminant.

DOCUMENT 502

Source: Micheline Côté, Présidente du Groupe Psycohésion

Le facteur le plus important qui influence la santé mentale est l'autonomie à satisfaire les besoins fondamentaux.

SECTION 3

TYPES D'ACTION A FAVORISER POUR PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE

TABLEAU 3.1 TYPES D'ACTION A FAVORISER POUR PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE PAR DOCUMENT

TYPES D'ACTION	CODE DES DOCUMENTS																
	101	102	103	201A	202A	203A	204A	206A	207A	201C	202C	203C	201D	201E	301	302	501	502
A) PREVENTIVE																		
- Dépistage					x								x	x		x		
- Support	x						x						x	x		x	x	
- Information	x		x	x	x		x				x	x	x	x	x	x		x
- Implication								x	x			x	x	x		x		
B) TRAITEMENT	x												x	x		x		
C) REHABILITATION							x							x		x		
D) RECHERCHE	x				x	x												
E) MILIEU PHYSIQUE								x						x				
F) INSTITUTIONS																		
- Familial					x							x		x			x	x
- Education						x		x				x		x	x			x
- Travail	x		x											x				
- Economique											x			x				
- Politique		x				x		x		x				x	x	x	x	
- Socio-sanitaire				x		x			x	x	x		x	x	x		x	
- Ressources-alternatives						x	x			x	x		x	x			x	
G) STRATEGIES D'INTERVENTION		x	x	x	x	x	x		x	x			x	x	x	x	x	
H) VALEURS	x		x		x			x				x	x	x	x	x		
I) CONCERTATION		x				x			x	x		x		x		x		

NOTE: Document à voir de plus près (102 conclusions, 201D, 201E, 302)

3.1 CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

DOCUMENT 101

Source: Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec

Les valeurs définissant la qualité de vie se heurtent aux contraintes de la réalité. L'intervention peut tendre à rendre la réalité conforme à l'idéal de qualité de vie ou porter sur les valeurs pour les rendre plus conformes à la réalité.

1- Un nombre grandissant d'individus subissent des situations sur lesquelles ils n'ont aucun contrôle. Des interventions d'ordre informatives et supportives devraient permettre une meilleure adaptation de ces individus.

2- Programmes d'aide de type préventif, selon les catégories d'âge et les situations particulières: Ex.: programme d'aide aux chômeurs dont le but pourrait être de maintenir le sens de la valeur de l'individu qui vit une période de chômage.

3- Collaboration avec les employeurs concernant:

   a) des programmes d'aide pour réduire le stress chez les employés qui assurent des situations de travail difficile,

   b) programme de préparation à la retraite.

4- Effectuer de la recherche sur les exigences psychologiques de différents postes de travail et l'apport de l'ergothérapie à ce niveau.

5- Personnes atteintes d'handicap ou d'incapacité (physique, intellectuel)

   a) promotion de la santé:

      - prévention des maladies et accidents
      - dépistage dans les milieux scolaires et industriels
      - recherche
      - service de consultation

DOCUMENT 101 (Suite)

b) intervention, traitement:

- par le biais de l'activité (sens large) améliorer l'indépendance fonctionnelle chez la personne en perte d'autonomie
- augmenter et maintenir les capacités physiques et perceptives-motrices
- structurer, réorganiser le moi et améliorer le fonctionnement psycho-social.

DOCUMENT 102

Source: Corporation professionnelle des psychologues du Québec

Note: Document à voir de plus près (conclusion)

1- Evaluation des services offerts actuellement et réflexion sur le choix des fondements théoriques qui ont guidé et guideront cette politique.

2- Il devient vital qu'un comité de la santé mentale s'occupe de donner le ton dans l'ensemble des sous-systèmes (éducation, loisirs, travail, justice, communication...)

3- Nécessité d'un réalignement progressif, consenti, (des sous-systèmes) en fonction de l'application de critères directs de santé mentale (objectif commun) selon une approche plutôt systémique, souple, adaptée, qui invite à la collaboration entre les ressources...

N.B.: Des graphiques accompagnent l'avis

DOCUMENT 103

Source: Corporation des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

1- Dans une perspective de prévention, informer les gens que:

a) une maladie mentale n'est pas une maladie terminale, qu'elle peut nous affecter à différents degrés, ou qu'on peut s'en sortir;

b) une bonne santé mentale, c'est un élément qui est directement en rapport avec la qualité de la vie;

c) on ne peut pas contrôler tous les évènements de sa vie, une "tuile" peut nous tomber dessus à tout moment;

d) si tous les aspects de notre vie ne sont pas à notre satisfaction, on peut quand même en arriver à être à l'aise dans son existence, à ne pas se laisser démunir devant des circonstances qui pourraient autrement nous anéantir, voir nous démolir, pour de longs moments ou à tout jamais.

2- Servir l'argument suivant aux employeurs qui hésitent à embaucher une personne qui a souffert d'une maladie mentale ou qui a vu ses capacités diminuer quelque peu, des suites d'une maladie: - une personne qui ne travaille pas ou qui ne peut travailler ne contribue pas à la "cagnotte". Une personne qui conserve ses activités sur le marché du travail et qui ne diminue pas sa productivité, continue à payer taxes et impôts et n'est pas à la charge de l'état.

3- Le traitement des maladies mentales doit maintenant prendre une dimension sociale, afin que les malades ou ex-malades ne soient plus considérés comme un fardeau pour la société, mais bien que la société leur apporte le support nécessaire à une vie normale.

3.2 RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

A) Centres Hospitaliers

DOCUMENT 201A

Source: Les psychologues du Centre Psychiatrique de Roberval

1- Agir auprès des intervenants qui ont une action directe sur la population. Exemple: l'agent d'intervention au niveau de la première ligne:

- les médecins généralistes
- les intervenants au niveau du C.L.S.C.
- les personnes qui travaillent dans les salles d'urgence
- les policiers

et les informer des notions de base de ce qu'est la santé mentale.

2- Informer la population par le biais de programme d'éducation populaire. Exemple: informer les gens sur les "crises normales" de développement selon la théorie d'Erikson.

3- Mettre l'accent sur le normal plus que sur le pathologique ou du moins montrer la double polarité des choses. Jusqu'à aujourd'hui l'accent a été souvent mis sur le pathologique ou l'aspect des troubles majeurs et les gens sont peu avertis de ce qui est normal, de ce qu'il faut faire pour ne pas avoir de problème en santé mentale. Il y a aussi toute cette démystification de la maladie mentale qu'il faudrait faire auprès de la population.

DOCUMENT 202A

Source: Directeur général, Sanatorium Ross (Gaspé)

1- Favoriser davantage tous les programmes physio-bio-psycho-socials des différents organismes de notre système.

2- Des programmes de formation axés sur la famille et son harmonie, tout en favorisant l'autonomie de chacun des membres de la famille.

3- Que des programmes de recherche en génétique soient implantés davantage.

4- Que les grossesses soient vérifiées par rapport aux facteurs de risque.

5- Développer des structures philosophiques sociales favorisant l'harmonie de la vie au lieu d'une structure philosophique compétitive.

6- Favoriser au niveau des structures sociales une plus grande connaissance de la personne.

DOCUMENT 203A

Source: Jean-Marie Leduc, psychiatre, Centre hospitalier de Granby

1- Formation de départements universitaires pour développer de nouveaux spécialistes en santé mentale et faire de la recherche: éducateurs, animateurs, andragogues, anthropologues.

2- Recherches à faire sur les INDICATEURS de santé mentale chez les individus comme dans les groupes sociaux pour localiser les zones prioritaires d'intervention.

3- Identifier les enfants ou adultes qui passent mieux au travers des stress connus et en étudier les caractéristiques.

4- Vérifier ces données par des analyses transculturelles.

5- Elaborer des hypothèses pour trouver de nouveaux indicateurs de santé mentale dans les sociétés et chez les individus.

6- Qualifications des indicateurs trouvés. Y a-t-il interaction entre eux par exemple: l'isolement, la distance compliquent-ils un facteur trouvé ou le désamorcent-il? Ceci aurait une grande importance pour la santé mentale dans les zones périphériques des métropoles, la plupart des études étant trop souvent faites par des métropolitains et pour des métropolitains.

7- Nous souhaiterions la présence de véritables spécialistes de la santé, dans les organismes conçus pour faire face aux maladies et à ce moment, leur donner des descriptions de tâches spécifiques et des rémunérations appropriées.

8- Des cliniques de sensibilisation à la vie familiale où pourraient discuter, comme cela se fait déjà, des groupes de famille sans la présence de spécialistes.

9- Des cliniques de compétence parentale, tenues par des autorités reconnues.

DOCUMENT 203A (Suite)

10- Sur le plan de la santé mentale en politique

a) favoriser la consultation réelle et non factice de la population sur les grands problèmes qui la concernent

b) décentraliser et personnaliser les pouvoirs décisionnels (par opposition à la RAMQ ou au MAS et bien d'autres organismes qui favorisent par des attitudes nettement opposées à cela, la passivité et la désafectation des électeurs, des problèmes qui les concernent.

11- Assainir le système scolaire en lui imposant des critères de santé mentale. On constate que la structure scolaire qui, à l'origine, pouvait avoir été conçue comme assistance aux parents et aux enfants pour favoriser les apprentissages, est devenue une structure pour décanter les bons des pas bons en axant toute la stratégie sur les résultats de fin d'année, sur la performance, la compétition et la récupération dans l'ordre, la disqualification de l'expérience personnelle dans l'apprentissage et la dévalorisation systématique des qualités manuelles.

DOCUMENT 204A

Source: Les infirmiers(ères) et infirmiers(ères) auxiliaires du Centre Psychiatrique de Roberval (du département d'admission)

1- Amélioration de l'aide sociale soit par aides financières ou par des groupements populaires qui supportent la personne dans son milieu (le plus important ou urgent).

2- Favoriser l'hygiène de base: soins physiques tels que manger, dormir, être propre.

3- Créer un milieu sécurisant et normalisant et aider les gens à se prendre en main.

4- Développer l'autonomie de la personne et la socialisation.

5- Préconiser l'occupation (activité) pour aider les gens à s'orienter et mieux organiser leur vie.

6- Aider à la réintégration au milieu (aspect de transition) de façon à aider la prise en charge par la personne d'elle-même.

7- Informer la population en générale sur les notions de la santé mentale (Ex.: la dépression est une chose que tout le monde peut avoir un jour ou l'autre).

DOCUMENT 206A

Source: Louise Larue, coordonnatrice Projet-Nord (région 10-A)

POPULATION INUIT

1- Accélération du programme de construction domiciliaire

2- Accès à la formation

3- Création de foyers de transition, de complexes sportifs et de centres récréatifs

4- Implication des autochtones dans la recherche de solutions et l'implantation des mesures proposées

5- Revalorisation du rôle de l'adulte, dont l'expertise dans les activités traditionnelles (chasse, pêche et artisanat) a peu de place dans la structure imposée par les blancs

6- Accroissement du pouvoir des autochtones

Les coûts qu'elles représentent sont certes considérables, mais comme il n'est plus possible de reculer, il reste à déterminer ce qu'il en coûtera à long terme de ne pas avancer, et d'effectuer les choix qu'il sembleront les plus efficaces, et les plus rentables, compte tenu des ressources disponibles et du prix qu'on attribue à la santé mentale.

DOCUMENT 207A

Source: Charles Dumont, Module du Nord Québécois

POPULATION CRIS

1- Continuer à privilégier l'intervention directe pour les problèmes existentiels (santé sociale) par les autochtones eux-mêmes et de leur apporter les consultations qu'ils désirent pour les aider.

2- Privilégier le suivi et la référence de la maladie psychiatrique par les autochtones eux-mêmes.

3- Eviter de médicaliser les problèmes existentiels.

4- Eviter d'isoler les interventions qui ont un impact sur la santé mentale des interventions sociales ou médicales.

5- Mettre l'accent sur la formation des intervenants déjà sur place.

6- Augmenter la fréquence des visites des psychiatres et du personnel en santé mentale (ex.: au mois au lieu d'au trois mois) et raccourcir leur séjour (ex.: 2 jours au lieu de 5). Le but de ce changement est de diriger l'intervention psychiatrique au niveau des intervenants du milieu (travailleurs communautaires autochtones, enseignants, famille...)

C) C.L.S.C.

DOCUMENT 201C

Source: Jeannine Prud'homme, directrice secteur Châteauguay-Léry, C.L.S.C. Châteauguay

1- Action efficace: les ressources alternatives en santé mentale et certains groupes de travail issue des C.L.S.C. (Les cliniques externes de psychiatrie, les centres de jour ne répondent pas aux besoins, étant eux-mêmes liés à une trop grosse structure (l'hôpital) où le curatif et l'occupationnel sont voies uniques).

2- La promotion, l'ouverture de ces ressources, tout en utilisant les services qui sont actuellement en place (C.L.S.C.), augmentera inévitablement le succès de la réadaptation de la réinsertion sociale. A titre d'exemple, le Centre de prévention du suicide du Québec avec la collaboration de différentes institutions a un taux de succès inégalé comparativement à toutes les institutions gouvernementales réunies.

3- Pour le peu de possibilité pratique et structurelle actuelle, il est de l'ordre de l'évidence que la prévention est rentable et efficace. Les conditions requises pour réussir sont:

a) politique:
- priorité gouvernementale
- propagande (publicité)

b) structurelle:
- modalité pratique permettant à certaines institutions telles les C.L.S.C. de promouvoir la santé plutôt que d'être curatif

c) budgétairement:
- favoriser la collaboration entre les C.L.S.C. et ressources du milieu, ressources alternatives.

DOCUMENT 202C

Source: Isabelle Potvin, infirmière en périnatalité
C.L.S.C. des Grands Bois

1- Sensibiliser la population sur ce qu'est la santé mentale. Jumeler des programmes d'activités et d'informations en ayant des actions soutenues et continuelles.

2- Favoriser de plus en plus les regroupements de personnes qui vont chercher les personnes ressources.

3- Meilleure formation des intervenants

4- Amélioration du niveau socio-économique, par: Coop. Groupe d'entraide, etc...

DOCUMENT 203C

Source: Jean-Philippe Vézina, coordonnateur
C.L.S.C. Seigneurie de Beauharnois

1- Prévention dans la petite enfance, avec la famille

- programme qui viserait à changer certains comportements de parents à l'égard des enfants
- programme qui viserait à faciliter les relations parents-enfants
- programme pour aider les parents à comprendre leurs enfants

2- Remise en question des types de loisirs et la forte compétition encouragée dans les loisirs

3- Rejoindre les gens dans leur milieu

4- Amener les gens à se prendre en charge

5- Education aux rôles familiaux

6- Education sur comment prendre soin de soi, comment détecter les signes avant-coureurs de malaise

7- Mettre un accent sur les façons de se détendre, de relaxer

D) C.S.S.S.

DOCUMENT 201D

Source: Réal Lacombe, m.d., directeur de la planification-programmation et de la santé communautaire, CRSSS-Abitiiti-Témiscamingue

Note: à voir de plus près

L'action pour la santé mentale, c'est l'ensemble des mesures pour prévenir l'apparition de problèmes ou de troubles et pour rétablir l'équilibre qui est caractéristique de cet état.

A) Interventions selon les facteurs

1- Facteurs organiques: intervention organique face à la rupture de l'intégrité biologique de l'individu et dans certains cas du counselling génétique.

2- Le stress: il importe, lors de l'approche auprès d'une communauté donnée, d'inventorier et de qualifier les agents stressants que l'on y retrouve. Certains de ces agents stressants peuvent être modifiés ou neutralisés par une action directe (ainsi dans le domaine de la santé au travail, les contraintes ergonomiques peuvent être modifiées favorablement) ou encore par l'amorce d'une réflexion collective qui provoquera un choix politique favorable ou moins menaçant pour l'individu.

3- Le potentiel d'adaptation: l'intervention préventive vise donc à lui permettre de comprendre ses malaises, son vécu et d'inventer des solutions à ses problèmes.

4- L'estime de soi: la promotion de cette estime de soi pourrait se réaliser via certaines campagnes de sensibilisation ou encore en encourageant l'individu à participer au tissu communautaire existant dans son milieu. Il est aussi impérieux de s'attaquer aux préjugés de la société face aux individus fragiles, aux individus malades ou handicapés mentaux.

DOCUMENT 201D (Suite)

5- Le tissu communautaire: les groupes représentent en fait la première ligne de l'intervention préventive en santé mentale. Cette intervention auprès de la communauté vise donc à promouvoir l'existence et la qualité de ce tissu communautaire. Nous avons donc un rôle important de support et d'accompagnement auprès de ces groupes en formation ou existants, en rendant accessibles les ressources humaines et techniques dont nous disposons et au besoin en nous dotant de ces mêmes ressources ou en y faisant appel.

B) Intervention selon le modèle de psychiatrie communautaire

C'est la psychiatrie des écosystèmes qui, cessant d'isoler les facteurs pathogènes et de spécialiser la fonction thérapeutique, traite l'individu au sein de cet ensemble relationnel dont il émerge: par exemple, l'hôpital, la famille, la communauté en proie à des tensions douloureuses de manière générale. De cette façon, on cesse de considérer l'individu comme malade, mais on considère plutôt le phénomène interactionnel entre l'individu et son environnement. On peut ainsi envisager une perturbation de la relation qu'il s'agira de corriger par le biais du traitement qui se concentre sur cette relation (analyse de système, interventions de couples, thérapies familiales ou de réseau, etc.). C'est aussi une conception de la psychiatrie où les thérapeutes (infirmiers, psychologues, médecins, etc.) se mettent au service de la population et des groupes qui en émanent.

Principes:
1- sectorisation des soins psychiatriques
2- la continuité des soins
3- le concept global de prévention, de soins et de réadaptation
4- la désinstitutionnalisation
5- la recommunautisation

E) GROUPES MULTI-INSTITUTIONNELS

DOCUMENT 201E

Source: Diane Martel, DSC du CHUL

Document 1: "Proposition pour un cadre de référence en santé mentale"

A) Conception de l'action

1- Globalité: les programmes de promotion de la santé devront toucher simultanément, les dimensions physiques et psychiques.

2- Interaction: (multiples aspects de l'individu et de l'environnement). La promotion de la santé devra viser la transformation des milieux pathogènes. Au lieu d'être un obstacle à la réalisation personnelle, les milieux sociaux doivent favoriser la croissance et l'exploitation maximale des ressources individuelles.

3- Relativisme: éviter d'imposer une conception préétablie de la santé qui amènerait à proscrire certains comportements et à en prescrire certains autres. Les programmes de promotion de la santé doivent viser majoritairement le bien-être de l'individu et par la suite, l'ajustement minimal aux normes sociales. Ce bien-être s'atteindra au moyen d'une action à la fois sur l'individu (augmentation des capacités d'action) et sur la société (création et développement des conditions favorables à la santé).

B) Lieux, niveaux et stratégies d'intervention

(Tableau annexe 1)

OBJECTIFS EN SANTÉ MENTALE EN FONCTION DES LIEUX, NIVEAUX, STRATÉGIES

Niveaux et stratégies / Objectifs	Prévention		Traitement		Réadaptation
	Promotion de la santé	Protection de la santé	Dépistage (évaluation)	Traitement	
Général	Améliorer ou promouvoir les conditions de vie d'une population spécifique	Neutraliser ou réduire les facteurs de risque associés à un problème	Limiter l'étendue et l'intensité du problème	Diminuer la durée et les séquelles du problème	Réduire les déficits associés à des problèmes graves de santé mentale et leurs effets néfastes sur la réinsertion sociale
Individu	Favoriser l'acquisition des habiletés nécessaires à maîtriser l'environnement	Éduquer pour augmenter la capacité à réagir ou à gérer les événements stressants	Sensibiliser l'individu à l'importance de détecter lui-même les premières manifestations du problème Former les professionnels de la santé et des S.S. et aussi des personnes au sein de la collectivité, à dépister chez autrui, les premiers signes du problème	Fournir un support rapide et efficace, provenant soit du secteur public, soit du secteur bénévole	Fournir un support de réadaptation fonctionnelle, résidence de transition, centre de jour, atelier de travail, etc., etc.
Environnement	Promouvoir un environnement social (familial, travail scolaire, etc.) économique et politique favorable à la production de la santé mentale	Neutraliser les facteurs psycho-sociaux, économiques et politiques de l'environnement associés à un problème	Sensibiliser les milieux sociaux, économiques et politiques à identifier les facteurs pathogènes liés à la nature et au fonctionnement du milieu	Transformer les milieux (l'environnement) en intervenant sur les facteurs pathogènes liés à la nature et au fonctionnement du milieu	Favoriser l'intégration des individus en intervenant sur les valeurs et les structures des milieux sociaux, économiques et politiques

Adapté de: Bernier, D. Op. cit., p. 13.

3.3 SOURCES GOUVERNEMENTALES

DOCUMENT 301

Source: Marie Leclerc, Service de la Condition féminine (MAS)

1- Attribuer des ressources financières et l'appui aux groupes de femmes agissant dans le cadre de la violence, (conjugale, sexuelle, harcèlement, pornographie) de l'auto-santé, de la contraception, et des groupes de conscience en général.

2- Un fonds spécial devrait être réservé aux fins de productions éducatives et/ou audio-visuelles et propres à sensibiliser le public à l'influence des stéréotypes sexuels dans le développement de la violence entre hommes et femmes.

3- Mettre sur pied des campagnes de sensibilisation du grand public face aux réalités et conditions de vie des femmes (adolescentes, adultes, personnes âgées) afin de démystifier les revendications des femmes et de développer des attitudes égalitaires, une perception positive des femmes et de leur apport à la société.

4- Reconnaître la clientèle des femmes comme prioritaire, étant donné qu'elle est majoritaire en terme d'utilisation des services, consommation de médicaments.

5- Privilégier la recherche de l'auto-santé, la prévention, et une approche sociale de cette clientèle dans un souci de développement de l'autonomie.

6- Former des intervenantes à l'intervention féministe. Les mettre en contact avec des groupes autonomes de femmes.

DOCUMENT 302

Source: Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec

Document: "A part ... égale"

L'action est ici envisagée en fonction de la réinsertion sociale de la personne handicapée.

A) Favoriser l'action sur:

1-	les causes	par la prévention
2-	les déficiences	par le diagnostic et le traitement
3-	les incapacités	par l'adaptation et la réadaptation
4-	les handicaps (obstacles sociaux)	par l'intégration
5-	l'ensemble de la personne	par le plan de service

B) Favoriser les grandes orientations suivantes:

a) au plan des personnes handicapées:

1- le respect de la différence
2- l'autonomie: libre choix et responsabilité
3- la participation des personnes handicapées aux décisions individuelles et collectives
4- une qualité de vie décente pour les personnes handicapées
5- la reconnaissance d'une approche qui considère la personne handicapée dans son ensemble

5.2 RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

A) Centres Hospitaliers

DOCUMENT 203A

Source: Jean-Marie Leduc, psychiatre, Centre hospitalier de Granby

Sujet: Suggestions de recherche pouvant expliciter en comparant des positions extrêmes, des caractéristiques de santé mentale dans différents secteurs (analyses factorielles).

1- Viabilité: comparer une population à taux de suicides élevés avec une population à espérance de vie élevée.

2- Stabilité du couple: comparer une population à taux de divorces élevés à une population avec couples stables élevés.

3- Efficacité économique: comparer une population à taux de faillites élevés à une population à taux d'entreprises nouvelles créées élevés.

4- Soins aux enfants: comparer une population avec nombre d'enfants battus élevé, avortements élevés, enfants nombreux avec une population de familles à compétence parentale élevée.

5- Travail: comparer une population à chômage élevé et une population qui a comme caractéristique la compulsion au travail.

6- Personnalité: comparer un groupe ayant des études personnelles très dépendantes avec un autre groupe ayant des attitudes personnelles très autonomes.

7- Sécurité: comparer une population subissant des accidents multiples - route, domicile, travail avec une population particulièrement orientée vers la santé ou la sécurité.

8- Médias d'informations: comparer une population de lecteurs de médias d'informations insistant sur les scandales, les blâmes, l'intolérance, la dramatisation de situations avec une population de lecteurs de journaux mettant de l'avant des solutions à conflits, la promotion de points de vue nouveaux ou valorisant la réussite.

DOCUMENT 203A (Suite)

9- Ecoles: comparer une population d'enfants où les écoles sont centrées sur les besoins de la société avec une population où les écoles sont centrées sur les besoins des étudiants.

10- Religion: comparer les adhérants de religions fatalistes ou irréalistes ou moralisantes ou suicidaires ou toxicomanes ou fanatiques avec des adhérants de religions favorisant la sublimation, la tolérance ou le respect de la vie.

11- Travail: considérer une population de gens faisant un travail obsédant continu ou machinal avec une population de gens faisant un travail créateur, valorisant, lucratif.

12- Milieu écologique: comparer une population soumise à des produits toxiques centrée sur la production industrielle, sur l'économique les projets à court terme des voeux pieux, avec une population où le milieu est assainit où l'emphase est mise sur la qualité de vie, les projets à long terme et le contrôle réel du milieu de vie.

Des études de ce genre pourraient peut-être nous empêcher de jeter des millions à la poubelle par des grands plans de santé mentale sans aucune racine dans la moindre connaissance expérimentale de données de base sur ce sujet. Comme par exemple, les campagnes de prévention du suicide qui semblent d'une inefficacité totale. Nous imaginons facilement que l'on puisse mettre en évidence éventuellement des facteurs anatomiques ou même physiologiques comme on a découvert en médecine physique que la Cortisone pouvait prévenir les maladies de stress physique et que l'hypertrophie de la surrénale pouvait expliquer des tolérances plus grandes de certains organismes à ces facteurs.

DOCUMENT 302 (Suite)

6- le plus grand développement des capacités des personnes ayant une déficience
7- la participation à part entière des personnes handicapées à la vie sociale
8- la protection maximale contre les facteurs de risque d'apparition de déficiences physiques et mentales
9- l'adaptation du milieu aux besoins des personnes handicapées, sans discrimination et privilège

b) au plan du développement et de l'organisation des ressources:

1- la priorité aux ressources et services assurant le maintien ou le retour des personnes handicapées dans leur milieu de vie naturel

2- l'autosuffisance régionale des ressources selon les besoins des personnes handicapées

3- l'articulation effective des ressources locales, régionales et nationales selon les nécessités

4- La coordination continue pour la gestion et la complémentarité des ressources

5- La permanence et l'intégration maximale des services

6- La participation active des personnes handicapées à la gestion des services.

Note: Les chapitres 4 à 18 contiennent des recommandations d'actions très spécifiques correspondants aux points ci-dessus.

3.5 RESSOURCES ALTERNATIVES ET GROUPES DIVERS

DOCUMENT 501

Source: Louise Pépin et Sylvaine Tremblay, Membres du Gifric

1- Mise en place de services post-divorces (manquant présentement)

a) Pour permettre à l'enfant de conserver ses affiliations parentales et de continuer à avoir accès à son histoire familiale.

b) Pour aider les parents à vivre cette situation et que l'enfant ne soit pas utilisé comme otage entre les ex-conjoints.

c) De façon à assurer la place et les droits fondamentaux de l'enfant dans la famille, et de mieux vivre les décisions judiciaires.

2- Ce qui implique que le ministère des Affaires sociales veille à ce que les intervenants auprès des enfants et de la famille aient la formation nécessaire pour faire de tels interventions surtout concernant les besoins reliés à la vie affective et psychique.

a) Enfants:- connaître le fonctionnement de la vie psychique du jeune être
- connaître les étapes de son développement
- savoir déchiffrer les symptômes qui sont indicateurs de malaise

b) Parents:- savoir toucher à des dimensions plus profondes et parfois plus destructrices que les lieux physiques adéquats, la satisfaction des besoins quotidiens, l'absence de violence dans le geste
- savoir déchiffrer les symptômes qui sont indicateurs de malaise

DOCUMENT 501 (Suite)

3- Donner au professionnel la possibilité d'interventions suivies et régulières, sur un laps de temps adapté aux problèmes qui se posent. (Ex.: à l'école...)

4- Privilégier les ressources alternatives comme lieux de vie et de parole pour les adultes.

DOCUMENT 502

Source: Micheline Côté, Présidente du Groupe Psycohésion

1- Informer, éduquer, instruire sur l'autonomie à satisfaire ses besoins fondamentaux dès l'enfance.

2- Sensibiliser la population à reconnaître les besoins à satisfaire.

3- Parallèle entre le milieu éducationnel et familial.

SECTION 4

AUTRES DOCUMENTS SUGGERES

4.2 RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

B) D.S.C.

DOCUMENT 201B

Source: Chantal Perrault, Responsable du programme santé mentale, D.S.C. Maisonneuve-Rosemont

Document:
- "éléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire". Comité consultatif en santé mentale de l'Association des chefs de D.S.C., août 1983

- le chapitre 3: couvre les facteurs influençant la santé mentale

- le chapitre 11: couvre les types d'action à privilégier pour promouvoir la santé mentale

4.3 SOURCES GOUVERNEMENTALES

DOCUMENT 301

Source: Marie Leclerc, Service de la condition féminine (MAS)

1- Actes du 5e colloque sur la santé mentale portant sur le thème "Les Femmes et la Folie, où sont abordés les stéréotypes et rôles sexuels comme facteurs déterminant dans la santé mentale des femmes, et en même temps des comptes rendus d'interventions reposant sur une remise en question de ces rôles. Louise Guyon et L. Monette; Corporation du Centre de Santé Mentale Communautaire de Montréal, Mai 1980.

2- Livre: "Va te faire soigner, t'es malade", Stanké 1981 et le vidéo portant le même titre (conférence par Roxanne Simard, thérapeute féministe)

3- "L'intervention féministe", Editions Coopératives St-Martin, 1983.

4- "Te prends-tu pour une folle, madame chose", Editions La Pleine Lune, 1978.

5- "Nous, notre santé, nos pouvoirs", actés de deux colloques tenus à Montréal en mai 1981 et 1982, Editions du Remue-Ménage et Editions Coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

6- Conseil du Statut de la Femme; "Essai sur la santé des Femmes", Editeur officiel du Québec, 1981.

7- Chapitre 15 du Livre "Conceptions contemporaines de la santé mentale", Editions Decarie, 1983.

8- Le Film "Les mots-maux du silence" de Helen Doyle, portant sur la "Folie" des Femmes et leur rapport à la création.

SECTION 5

AUTRES INFORMATIONS

TABLEAU 5.1 CONTENU DES DOCUMENTS NON-DIRECTEMENT RELIE AU SUJET DE LA CONSULTATION

DOCUMENT	CONTENU
203A	- Suggestions de sujet de recherche
202B	- Enquête réalisée par le D.S.C. de l'Hôpital Général de Montréal
201E	- Etat de la santé mentale des Québécois

B) D.S.C.

DOCUMENT 202B

Source: Jennifer O'Loughlin, attachée de recherche,
Hôpital Général de Montréal

Ce document décrit une enquête réalisée par le D.S.C. de l'Hôpital Général de Montréal durant la période allant d'octobre 1979 à mai 1981 auprès de la population de son territoire (environ 200 000 personnes).

L'objectif de cette enquête était de recueillir des informations concernant l'état de santé perçu par les personnes vivant à la maison. L'objectif du rapport est d'étudier: la distribution des non-heureux tel que mesuré par l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn, l'anxiété et la dépression tel que mesuré par le questionnaire sur l'opinion sanitaire de MacMillan et les relations entre les variables utilisées dans l'enquête.

A) Variables étudiées dans cette recherche

1- Socio- démographique:

- âge
- sexe
- territoire de CLSC
- origine ethnique
- langue maternelle
- niveau d'éducation
- statut marital
- statut socio-économique
- activité majeure

DOCUMENT 202B (Suite)

2- Santé physique:

- jours au lit
- médication
- problème de santé chronique

3- Santé mentale:

- score au questionnaire sur l'opinion sanitaire de MacMillan
- score d'affect positif
- score d'affect négatif
- score à l'échelle équilibrée des affects

} Echelle d'équilibre affectif de Bradbure

- bonheur global
- évènements devie

4- Style de vie:

- temps de loisir
- usage du tabac
- usage de l'alcool
- activité physique

B) Echantillonnage:

- Personne vivant à la maison (entre 15 et 64 ans)
- 736 sujets
- 20% des individus de l'échantillonnage original ont refusé de répondre au questionnaire

C) Résultat:

Différents sous-groupes du territoire de l'Hôpital Général de Montréal ont été identifiés après analyse statistique, comme étant à risque pour des problèmes de santé émotionnelle:

DOCUMENT 202B (Suite)

1- Les résidents de Saint-Henri/petite Bourgogne, âgés de 25 à 64 ans, furent identifiés comme étant relativement malheureux comparativement aux autres répondants.

2- Les résidents de Saint-Henri/petite Bourgogne et de St-Louis du Parc, âgés de 25 à 64 ans, firent état de plus d'anxiété et de dépression.

3- Les personnes enclines à se dire malheureuses, anxieuses ou déprimées, se regroupent davantage dans les catégories suivantes:

- les individus n'ayant pas complété d'études secondaires
- ceux ayant un niveau socio-économique peu élevé
- ceux qui déclarent le français comme langue maternelle
- ceux dont le conjoint est décédé
- ceux qui sont retraités
- ceux qui sont sans emploi
- ceux dont la santé est mauvaise
- ceux qui ont connu plus d'un évènement stressant
- ceux qui passent leur temps de loisir seuls

D) Discussion:

1- Ce n'est pas clair quel phénomène exactement a été mesuré par le questionnaire de Bradburn et MacMillan.

2- Les affects négatifs et les scores de santé semblent mesurer un phénomène semblable qui pourrait être la "démoralisation".

DOCUMENT 202B (Suite)

3- Les scores de santé semblent mesurer une pauvre santé physique.

4- Les scores d'affect positif ne donne pas beaucoup d'information.

5- Il est recommandé d'utiliser ces résultats dans une optique globale et d'explorer davantage par d'autres recherches les hypothèses explicatives spécifiques.

E) GROUPES MULTI-INSTITUTIONNELS

DOCUMENT 201E

Source: Diane Martel, DSC du CHUL

Document 2: "Problématique de la santé mentale"

Conclusion de la section 4 relative à l'état de la situation de la santé mentale des Québécois.

1- Mortalité - morbidité:

- Forte augmentation de la morbidité et de la mortalité au chapitre des maladies de "civilisation", c'est-à-dire, principalement les maladies chroniques et les suicides. Les groupes d'âge les plus touchés sont les 15-45 ans.

2- Consultations:

a- Les femmes consultent plus que les hommes.

b- Pour les deux sexes, les groupes d'âge où l'on consulte le plus sont les 25-44 ans.

3- Diagnostics:

a- Les femmes reçoivent plus souvent le diagnostic de "troubles mentaux" que les hommes.

b- Pour les deux sexes, les principaux troubles diagnostiqués sont la dépression, la névrose et la psychose.

c- Les femmes souffrent surtout de dépression et de névrose d'angoisse, tandis que "les troubles de la personnalité" et les psychoses sont plus fréquents chez les hommes.

DOCUMENT 201E (Suite)

d- Les canadiens français sembleraient plus mal en point que leurs concitoyens de langue anglaise.

e- Plus on est pauvre et inactif (chômeur(euse)), plus on souffre de "troubles mentaux".

4- Suicide:

a- Forte augmentation pour les deux sexes.

b- Les suicides se font de plus en plus jeunes.

c- Phénomène fortement sous-estimé.

d- Il y aurait huit tentatives pour un "succès".

5- Médicaments:

a- Les médicaments sont une réponse médicale à un problème social.

b- Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes.

c- Sur une période de 10 ans, grande augmentation du nombre d'ordonnances du S.N.C.

d- Parmi les médicaments du S.N.C., les psychotropes sont ceux qui sont le plus consommés: 19 à 35% de la population masculine et 17 à 48% de la population féminine en consomment.

e- Les femmes sont les grandes consommatrices de psychotropes et cela entre 25 et 55 ans.

f- Pour les deux sexes, il y a un "pic" de consommation entre 35 et 55 ans.

DOCUMENT 201E (Suite)

g- Les effets secondaires sont dangereux, mal connus et peu publicisés.

6- Alcoolisme:

a- Importante augmentation de la consommation pour les deux sexes.

b- On consommerait de l'alcool de plus en plus jeune (1 jeune sur 2 en consomme).

7- Les traitements:

a- Le nombre de traitements psychiatriques a doublé de 1971 à 1980.

b- Les femmes sont plus "traitées" que les hommes: rapport 2:1.

c- Pour les deux sexes, c'est entre 30 et 40 ans que l'on reçoit le plus de traitements.

d- Les sismothérapies sont à la baisse.

e- Les omnipraticiens sont plus consultés que les psychiatres pour les "troubles mentaux".

f- Les omnipraticiens et les psychiatres posent des diagnostics différents.

DOCUMENT 201E (Suite)

8- Hospitalisations:

a- Diminution des lits psychiatriques dans l'ensemble de la province.

b- Stabilisation ou légère diminution des hospitalisations dans les grands hôpitaux psychiatriques.

c- Augmentation des hospitalisations dans les départements psychiatriques des hôpitaux généraux.

d- Les hommes et les femmes se retrouvent à peu près en nombre égal dans les hôpitaux psychiatriques, mais les femmes sont plus nombreuses dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux.

9- Autres considérations:

a- On note surtout en milieu rural, une forte augmentation des traitements psychiatriques.

b- Insuffisance des ressources psychiatriques.

c- Il y aurait augmentation des besoins dans certaines régions (Gaspésie, Côte-Nord; Saguenay-Lac St-Jean) et concentration des services dans d'autres (Québec, Montréal).

d- Les plus hauts coûts de traitements psychiatriques s'enregistrent pour les femmes de 25 à 40 ans.

e- Absence de données sur la pratique des psychologues, des psychanalistes ou mêmes parallèles de ressources communautaires.

ANNEXE 1

AFFICHE EMPLOYEE

POUR LA CONSULTATION

Comité de la
santé mentale
du Québec
(C.S.M.Q.)

Consultation auprès de la population sur la notion de «santé mentale»

Le Comité de la santé mentale du Québec est à préparer un Avis sur **la notion de «santé mentale»**. Le Groupe de travail qu'il a formé à cet effet invite instamment toutes les personnes et tous les groupes désireux de participer à la réflexion qu'il conduit à porter à son attention **toute information ou position pertinente à son mandat.**

Le Groupe de travail est particulièrement intéressé à recevoir des données relatives aux interrogations suivantes:

- quels sont les facteurs les plus importants qui influencent la santé mentale?

- quels sont les types d'action à favoriser pour promouvoir la santé mentale?

Le Comité de la santé mentale du Québec est un organisme gouvernemental de planification. Nommés par le Conseil des Ministres, ses membres coopèrent avec le ministère des Affaires sociales à l'élaboration d'un projet de politique de santé mentale pour le Québec.

Les personnes désirant participer à cette consultation sont priées d'adresser leurs communications avant le 1er mars 1984 à l'adresse suivante:

Comité de la santé mentale du Québec
a/s du Groupe de travail sur la notion de «santé mentale»
1005 Chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec, Québec
G1S 4N4

ANNEXE 2

ORGANISMES CONTACTES

POUR LA CONSULTATION

Plus de 800 demandes de collaboration ont été transmises dans le cadre de cette consultation. Elles l'ont été notamment aux organismes suivants:

1) RESEAU DES AFFAIRES SOCIALES

   A) Conseils régionaux de la santé et des services sociaux

   B) Centres locaux de services communautaires

   C) Centres de services sociaux

   D) Centres hospitaliers publics

   E) Centres d'accueil publics

   F) Départements de santé communautaire

2) CORPORATIONS ET ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES DIVERSES

3) DEPARTEMENTS UNIVERSITAIRES CONCERNES

4) MASS-MEDIAS

   A) Journaux (quotidien et hebdos)

   B) Revues et bulletins divers du secteur des Affaires sociales

   C) Stations de radio et de télévision